

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

714/744 P Street
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 657-2941



January 7, 2000

TO: All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons
All County Public Health Directors
All County Mental Health Directors

Letter No.: 00-01

**SPANISH TRANSLATION OF CORRECTED CAMERA-READY COPIES OF NOTICES
OF ACTION (NOA) FOR TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC)**

Ref.: All County Welfare Directors Letter (ACWDL) Nos. 99-05, 99-44, and 99-55

The purpose of this letter is to provide counties with the Spanish translation to the corrected camera-ready copies of the second year of TMC NOA, and the NOA for the approval for the first year of TMC benefits which were sent out with ACWDL No. 99-55.

1. MC 239 TMC-1 Approval

This existing notice has been revised. This notice no longer makes reference to families that are discontinued as a result of marriage or the reuniting of a spouse (Wedfare). This program ended on June 30, 1999.

2. MC 239 TMC-3 Approval for Second Year

This form which is used for a second year of TMC for persons age 19 and over who have already received the first year of TMC has been corrected as the previous version had a typographical error.

Please do not use the previous versions of these forms.

All County Welfare Directors
All County Administrative Officers
All County Medi-Cal Program Specialists/Liaisons
All County Public Health Directors
All County Mental Health Directors
Page 2

If you have any questions, please contact Ms. Margie Buzdas of my staff at (916) 657-0726.

Sincerely,

ORIGINAL SIGNED BY

Angeline Mrva, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosures

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL
MEDI-CAL DE TRANSICIÓN (TMC)
APROBACIÓN DE BENEFICIOS COMPLETOS O
LIMITADOS**

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/número del/de la trabajador(a): _____

Número de teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

TMC ES UN PROGRAMA QUE PROPORCIONA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE MEDI-CAL DURANTE UN MÁXIMO DE 12 MESES A CIERTAS PERSONAS QUE YA NO REÚNEN LOS REQUISITOS PARA SU PROGRAMA DE MEDI-CAL ACTUAL, DEBIDO A SUS INGRESOS DE EMPLEO.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir *TMC* inicial durante el período del _____ al _____.

☐ Usted tiene derecho a beneficios completos.

☐ Usted tiene derecho a beneficios en caso de emergencia y relacionados con el embarazo.

Usted continuará recibiendo *TMC* durante este período si usted tiene un niño(a) que reúna los requisitos viviendo en el hogar y usted sigue empleado(a).

Es posible que reúna los requisitos para recibir seis meses adicionales de beneficios del *TMC*, sin costo alguno, si usted:

- Devuelve el informe sobre su situación que el condado le enviará, a más tardar el día 21 de _____ y está dentro de los límites de ingresos.
- Adjunta, al informe sobre su situación, una prueba de los ingresos mensuales en bruto de su familia, y los costos reales de cuidado de niños que usted pague. Guarde todos sus estados de cuenta de ingresos y recibos de cuidado de niños.

☐ Usted reúne los requisitos para recibir seis meses adicionales de beneficios durante el período del _____ al _____.

A fin de seguir reuniendo los requisitos para recibir los seis meses adicionales de beneficios del *TMC*, a usted se le requerirá completar y devolver dos informes sobre su situación que el condado le envió durante este período. El primer informe se vencerá el día 21 del primer mes y el segundo informe se vencerá el día 21 del cuarto mes de este período adicional de seis meses. Además, usted tiene que:

- Seguir empleado(a).
- Tener ingresos por debajo de cierto límite.
- Tener un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar.

Cada vez que necesite atención, presente siempre su Tarjeta de Identificación de Beneficios (*BIC*) a su proveedor médico. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir Medi-Cal. **NO TIRE SU *BIC*.**

El ordenamiento que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Ordenamientos de California.

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
DE MEDI-CAL
APROBACIÓN DE BENEFICIOS
DEL SEGUNDO AÑO DE MEDI-CAL DE TRANSICIÓN
(TMC)**

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Nombre/teléfono del/de la trabajador(a): _____

Teléfono del/de la trabajador(a): _____

Esto afecta a: _____

UN SEGUNDO AÑO DE BENEFICIOS DEL TMC ESTÁ A LA DISPOSICIÓN DE PERSONAS QUE TRABAJAN DE 19 AÑOS DE EDAD Y MAYORES QUE RECIBIERON UN AÑO DE BENEFICIOS DEL TMC PORQUE YA NO REUNÍAN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR BENEFICIOS DE SU PROGRAMA DE MEDI-CAL ACTUAL DEBIDO A SU EMPLEO.

- ☐ Usted reúne los requisitos para recibir 12 meses adicionales de beneficios del TMC, sin costo alguno, para el período del _____ al _____.
- ☐ Usted tiene derecho a recibir beneficios completos.
- ☐ Sus beneficios sólo cubren servicios en casos de emergencia o relacionados con el embarazo.

Usted tiene que:

- Seguir empleado(a).
 - Tener un(a) niño(a) que reúna los requisitos viviendo en su hogar.
 - Contar con ingresos promedio, menos los costos de cuidado de niños, al o por debajo del 185 por ciento del Nivel de Pobreza Federal.
 - Completar y devolver cualesquier informes sobre su situación que el condado le enviará, y adjuntar los ingresos mensuales en bruto de su familia y los costos reales de cuidado de niños que usted pagó.
- ☐ El informe sobre su situación se adjunta. Por favor, devuélvalo a más tardar el día 21 del próximo mes. Por favor, adjunte los ingresos mensuales en bruto de su familia y los costos reales de cuidado de niños que usted pagó.

A usted se le requerirá que complete y devuelva los _____ informes sobre su situación que el condado le envió durante este período. El primer informe se vencerá a más tardar el día 21 del mes de _____.

Cada vez que necesite atención, siempre presente su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) a su proveedor médico. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir Medi-Cal. NO TIRE SU BIC.

El ordenamiento que exige esta acción es la Sección 50244, del Título 22, del Código de Ordenamientos de California.